

福岡県医発第544号(地)
平成20年 5月30日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公 印 省 略)

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」について

今般、財団法人日本学校保健会により、標記ガイドラインが取りまとめられた旨通知がありましたのでご連絡いたします。

本ガイドラインは、学校におけるアレルギー疾患への取り組みが、医学的根拠に基づき、安全・確実に効率的な方法で実施されるよう、「アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心として仕組みづくり」として取りまとめられたものです。

なお、別添の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」及び「活用のしおり」は、日本学校保健会の「学校保健」ポータルサイト (<http://www.gakkohoken.jp/>) からダウンロードできます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、学校医等への周知方ご高配の程よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

学校保健担当理事 福富稔明
学校保健副担当理事 名取一幸
会長 丸山 泉



20 文科ス第 304 号

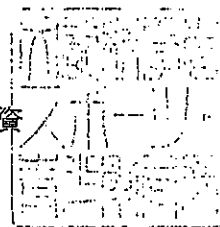
平成 20 年 5 月 14 日

社団法人日本医師会

会長 唐 澤 祥 人 殿

文部科学省スポーツ・青少年局長

樋 口 修 資



「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」について

近年、児童生徒を取り巻く生活環境の変化や疾病構造の変化などに伴い、児童生徒におけるアレルギー疾患の増加が指摘されています。このため、今後の学校におけるアレルギー対策のための支援方策の検討を行い、その対策の推進を図ることを目的として、平成 16 年 10 月有識者による調査研究委員会を設置し、以後、公立の小中高等学校に対する実態調査の実施、実態調査結果の分析・評価、推進方策の検討を行い、平成 19 年 4 月に報告書として取りまとめたところです。

報告書においては、アレルギー疾患はまれな疾患ではなく、学校やクラスに各種のアレルギー疾患をもつ児童生徒がいることを前提とした学校保健の取組が求められる状況にあり、アレルギー疾患への取組を進めるに当たっては、個々の児童生徒への取組が、医師の指示に基づくものとなるような仕組みをつくり、学校における各種の取組が、医学的根拠に基づき、安全・確実に効率的な方法で実施されるようにすることが提言されました。

このため、財団法人日本学校保健会において有識者からなる委員会を設置し、具体的な検討を進め、この度「アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり」として、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」として別添のとおり取りまとめました。

現在、主に心臓疾患や腎臓疾患等の運動制限を厳密に行う必要のある疾患をもつ児童生徒に対して、学校生活管理指導表により、医師の指示に基づく学校生活の管理が全国の学校で行われ効果を上げています。

今後は、既存の学校生活管理指導表と同様に、「アレルギー疾患対応の学校生活管理指導表」が有用に活用され、アレルギー疾患をもつ児童生徒が、学校生活を安心して送ることができるようにするには、医師の方々の協力が不可欠であるため、貴職より「アレルギー疾患対応の「学校生活管理指導表」を中心とした仕組みづくり」について、貴会会員へ周知いただくとともに、その普及に御協力いただきますようよろしくお願いします。

また、併せて教職員、保護者、主治医用の活用のおしりを作成しています。これは、財団法人日本学校保健会の「学校保健」WEB サイト (<http://www.gakkohoken.jp>) からダウンロードができますので、ご活用ください。

本件担当

文部科学省スポーツ・青少年局

学校健康教育課保健指導係

電話 03-6734-2918

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

気管支ぜん息 （あり・なし）	病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】 ★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
	A. 重症度分類（発作型） 1. 間欠型 2. 軽症持続型 3. 中等症持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入抗アレルギー薬（「インター®」） 4. その他（ ） B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） 1. テオフィリン徐放製剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 4. その他（ ）	C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬内服 D. 急性発作時の対応（自由記載）	A. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） C. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____	
アトピー性皮膚炎 （あり・なし）	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	A. 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 *軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変 B-1. 常用する外用薬 1. ステロイド軟膏 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） 3. 保湿剤 4. その他（ ） B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ ） C. 発汗後 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 3. （学校施設で可能な場合）夏季シャワー浴 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 _____ 医療機関名 _____	
アレルギー性結膜炎 （あり・なし）	病型・治療		学校生活上の留意点		記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	A. 病型 1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎（花粉症） 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他（ ） B. 治療 1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他（ ）		A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）		医師名 _____ 医療機関名 _____

名前 _____ 男・女 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） 学校 _____ 年 _____ 組 提出日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病型・治療		学校生活上の留意点	★保護者 電話： _____ ★連絡医療機関 医療機関名： _____ 電話： _____
A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー		A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（原因 _____） 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他（ _____ ）		B. 食物・食材を扱う授業・活動 1. 配慮不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定	
C. 原因食物・診断根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に診断根拠を記載 1. 鶏卵 《 _____ 》 2. 牛乳・乳製品 《 _____ 》 3. 小麦 《 _____ 》 4. ソバ 《 _____ 》 5. ビーナッツ 《 _____ 》 6. 種実類・木の実類 《 _____ 》（ _____ ） 7. 甲殻類（エビ・カニ）《 _____ 》 8. 果物類 《 _____ 》（ _____ ） 9. 魚類 《 _____ 》（ _____ ） 10. 肉類 《 _____ 》（ _____ ） 11. その他1 《 _____ 》（ _____ ） 12. その他2 《 _____ 》（ _____ ）		D. 宿泊を伴う校外活動 1. 配慮不要 2. 食事やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」） 3. その他（ _____ ）			
病型・治療 A. 病型 1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 主な症状の時期； 春 、 夏 、 秋 、 冬 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬（内服） 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. その他（ _____ ）		学校生活上の留意点 A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項（自由記載）	記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ ⑩ 医療機関名 _____

●学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。

1. 同意する
2. 同意しない

保護者署名： _____